REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1538/2007 **ATAS/1049/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 6

du 1er octobre 2007

En la cause

Madame G_____, domiciliée , 1206 Genève, représentée par CAP Protection juridique SA Madame Véronique MEICHTRY	recourante

contre

LA BALOISE COMPAGNIE D'ASSURANCES, sis Aeschengraben 21, 4051 BALE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître GROSJEAN Christian	intimé

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Luis ARIAS, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame G_____ (ci-après : l'assurée), née le 1959, de nationalité espagnole, travaillait depuis le 1er janvier 1997 comme concierge à raison de douze heures par semaine, auprès de la X_____ et était assurée à ce titre contre le risque accident auprès de la BALOISE COMPAGNIE D'ASSURANCES (ci-après : l'assureur).

   Elle travaillait également comme concierge auprès de la Régie Y_____ depuis le 1er mai 1993 et comme aide hospitalière à 50% aux Z_____ depuis le 11 avril 1988.

2. Le 3 décembre 2002, l'assurée s'est blessée au dos en voulant retenir un container glissant sur une rampe. Elle s'est fait coincer contre un mur et a chuté. Elle a développé des douleurs cervico-dorsales et des douleurs de l'épaule gauche.

3. L'accident a été déclaré à l'assureur le 13 décembre 2002.

4. L'assurée n'a pas subi d'incapacité de travail.

5. Le 22 janvier 2003, le Dr. A_____, chiropraticien, a attesté d'un syndrome cervico-dorsal sur entorse de l'articulation costa-vertébrale au niveau de D4.

6. Suite à la persistance de douleurs cervico-dorso-brachiales gauches, l'assurée a consulté son médecin-traitant depuis 1995, le Dr B_____, lequel a prescrit un scanner, effectué le 20 mars 2003, qui s'est révélé être dans les limites de la norme et adressé ensuite la patiente au Dr C_____, chirurgien orthopédique FMH.

7. Le 3 avril 2003, le Dr D_____, spécialiste FMH en neurologie, a effectué un examen neurologique de l'assurée et estimé que les douleurs de l'épaule et cervico-dorsales généralisées dont se plaignait l'assurée n'étaient pas d'origine neurologique. Il s'agissait probablement d'un problème de tendinopathie de l'épaule gauche.

8. Le 29 septembre 2003, le Dr C_____ a diagnostiqué une vraisemblable lésion partielle du bourrelet glénoïdien antérieur avec lésion partielle de la coiffe.

9. Le 27 octobre 2003, l'employeur a annoncé une rechute à l'assureur dès lors que l'assurée devait se faire opérer le 1er décembre 2003 et qu'elle serait en incapacité de travail totale dès cette date.

10. Le 30 octobre 2003, le Dr C_____, a attesté d'une lésion du bourrelet +/- de la coiffe de l'épaule gauche et prévu, comme traitement, une arthroscopie.

11. Dès le 28 novembre 2003, l'assurée a été en incapacité totale de travail, attestée par le Dr B_____, et le Dr C_____ depuis le 1er décembre 2003.

12. Le 5 décembre 2003, le Dr C_____ a rendu un rapport opératoire dans lequel il atteste d'une arthroscopie de l'épaule gauche et suture scapulaire du bourrelet le 2 décembre 2003 à la suite du diagnostic de déchirure capsulaire et partielle du bourrelet glénoïdien antérieure de l'épaule gauche.

13. Le 16 décembre 2003, le Dr C_____ a précisé que les premiers soins ont été donné le 25 septembre 2003 à la suite d'une chute "avec deux containers" et pour des douleurs à l'épaule gauche.

14. Le 10 mars 2004, le Dr C_____ a attesté d'une lente évolution et d'une incapacité de travail totale. Le 28 avril 2004, il a mentionné la présence de "beaucoup de douleurs jours et nuits".

15. Les douleurs de l'épaule gauche perdurant, le 14 mai 2004, une électroneuromyographie est effectuée par le Dr E_____, neurologue, à la demande du Dr C_____ qui conclut à l'absence de signe lésionnel radiculaire au MSG et à l'origine. Le Dr E_____ estime qu'il semble bel et bien que ces douleurs aient une origine orthopédique au sens large et non pas neurogène au vu du manque d'argument clinique et électrophysiologique en faveur d'une atteinte radiculaire.

16. Le 8 septembre 2004, le Dr C_____ a relevé que l'assurée présentait un status après suture capsulo-lobrale de l'épaule gauche le 2 décembre 2003 suite à une chute du 3 décembre 2002. Les suites opératoires étaient simples mais à distance, la patiente présentait une évolution défavorable avec douleurs croissantes de l'épaule gauche sous forme de périarthrite scapulo-humérale occasionnant un arrêt de travail à 100% depuis son intervention du 3 décembre 2003.

17. Le 26 juillet 2004, le Dr. F_____, spécialiste en chirurgie orthopédique FMH, a rendu une expertise à la demande de l'assureur. L'assurée se plaignait de persistance de douleurs cervico-brachiales gauches, faiblesse de la main gauche, douleurs dorsales hautes, para-vertébrales gauche avec des irradiations dans la région cervicale. Elle déclarait être incapable d'assumer ses tâches ménagères. Des radiographies de contrôle (colonne cervicale, dorsale et épaule gauche et droite) ne montraient aucun phénomène dégénératif ni traumatique, seulement une diminution nette de l'espace sous-acromial avec une légère sclérose du trochiter de l'épaule gauche. L'examen clinique et les radiographies n'objectivaient aucune pathologie. La chute avait déclenché une symptomatologie douloureuse para-vertébrale haute du côté gauche, avec irradiation dans l'épaule gauche. Le diagnostic posé était le suivant : cervico-brachialgies gauches, dorsalgies, status après déchirure capsulaire et du bourrelet glénoïdien de l'épaule gauche, status 7 mois après suture capsulaire et du bourrelet glénoïdien de l'épaule gauche. Bien que le diagnostic de déchirure

capsulaire et du bourrelet glénoïdien de l'épaule gauche lui paraissait surprenant, il admettait toutefois - considérant que l'assurée n'avait jamais souffert de son épaule gauche avant la chute - un lien de causalité probable entre l'accident et les plaintes actuels. L'état de santé était stabilisé. L'assurée avait une capacité de travail complète dès le 1er juillet 2004. L'état de l'épaule gauche pouvant être assimilé à une périarthrite scapulo-humérale de degré léger à moyen, elle donnait droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 5%.

18. Par décision du 10 août 2004, l'assureur a alloué à l'assurée une IPAI de 4'860 fr. et cessé le paiement des frais de traitement et indemnités journalières au 1er juillet 2004.

19. Le 31 août 2004, l'assurée a fait opposition à cette décision en faisant valoir que le Dr C_____ attestait encore d'une incapacité de travail totale.

20. Le 14 septembre 2004, la direction des ressources humaines des Z_____ a formé opposition à la décision précitée en relevant que son médecin-conseil, le Dr. G_____ avait estimé que l'incapacité de travail était encore justifiée.

21. Le 11 octobre 2004, le Dr G_____ a relevé qu'il avait examiné l'assurée le 7 septembre 2004 et déclaré celle-ci inapte à remplir sa fonction d'aide-hospitalière suite à l'incapacité de travail attestée par le Dr C_____. Les conclusions du Dr F_____ étaient contestées car celui-ci jugeait, d'une part, de surprenantes les lésions décrites par le Dr C_____ suite à l'intervention, d'autre part, la très importante symptomatologie douloureuse n'avait pas été prise en compte et aucun diagnostic n'était posé pour expliquer les douleurs alors que le Dr C_____ évoquait une compression/lésion du nerf sous-scapulaire gauche. Il proposait que l'assurée se soumette à une expertise auprès du Dr H_____.

22. Le 11 octobre 2004, l'assurée a requis des prestations de l'assurance-invalidité.

23. Le 26 novembre 2004, le Dr I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a rendu un avis médical suite à une consultation du même jour. Il retient la présence d'une cervico-trapézalgie gauche, résistante au traitement conservateur correctement conduit et suivi. Sur le plan chirurgical, on ne pouvait que constater l'excellente récupération postopératoire de l'épaule gauche. Il semblerait qu'un bilan neurologique n'avait pas mis en évidence de lésions nerveuses périphériques. Ainsi, il pensait qu'il fallait maintenant s'orienter vers un bilan rhumatologique, à la recherche d'une pathologie inflammatoire chronique et envisager éventuellement le diagnostic différentiel avec une fibromyalgie.

24. Le 30 novembre 2004, le Dr C_____ a rendu un rapport médical AI dans lequel il a estimé que l'assurée était incapable de travailler dans toute activité.

25. Le 16 décembre 2004, le Dr B_____ a rempli un rapport médical AI dans lequel il a attesté d'une incapacité de travail totale dans les anciennes activités.

26. Le 6 janvier 2005, le Dr B_____ a adressé sa patiente au centre de consultation de la douleur des Z_____. Il mentionne qu'en 1997, la patiente a consulté pour une douleur sus-scapulaire droite qui diminuera sous Felden et Dafalgan. Des dorsalgies apparaissent en octobre 1998 avec une douleur récidivante au niveau de l'épaule gauche et un diagnostic de capsulite de l'épaule gauche est retenu en date du 5 octobre 1998. Ces douleurs ne la quitteront plus jusqu'à présent. En 2001, elle avait ressenti une exacerbation des douleurs à l'épaule gauche ayant motivé deux arrêts de travail. En octobre 2002, elle a souffert d'une récidive des dorsalgies avec douleurs à l'épaule gauche.

27. Le 1er mars 2005, le Dr B_____ a estimé que sa patiente ne pouvait plus utiliser les deux bras.

28. A la demande du Dr B_____, le centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur a examiné l'assurée à deux reprises et rendu un rapport le 4 mars 2005. Le diagnostic était celui de cervico-scapulo-brachialgies gauches chroniques, non déficitaire, status post suture capsulaire et du bourrelet glénoïdien antérieur de l'épaule gauche par arthroscopie le 2 décembre 2004, capsulite de l'épaule gauche diagnostiquée en 1998.

    La patiente présentait des cervico-scapulo-brachialgies gauches chroniques depuis une chute survenue en décembre 2002. La symptomatologie était actuellement essentiellement composée de douleurs musculaires liées à une contracture musculaire diffuse, plus marquée au niveau des muscles sterno-cleido-mastoïdien G, trapèze G et angulaire de l'omoplate G. D'un point de vue fonctionnel, l'évolution était favorable, avec une bonne récupération de la mobilité de l'épaule gauche.

29. Le 26 mai 2005, le Dr J_____, médecine générale FMH, a rendu un avis à la suite d'une consultation du 25 mai 2005. Suite à l'accident, une clinique de douleurs de l'épaule gauche s'était installée et chronicisée jusqu'à l'arthroscopie qui avait, selon la patiente, péjoré la situation. Il a considéré que la situation actuelle était effectivement consécutive à l'accident de novembre 2002. La clinique évoluait lentement favorablement et n'avait pas fini d'évoluer. Sur le plan de l'examen clinique objectif, il y avait fort peu de déficit et seule la douleur était au premier plan.

30. A la demande de l'assureur, les Drs H_____ et K_____, respectivement médecin-chef de clinique et médecin adjoint du département de chirurgie des Z_____, ont rendu une expertise médicale le 11 juillet 2005.

La patiente se plaignait surtout de nucalgies gauches ainsi que de douleurs au niveau du muscle trapèze gauche, dans un moindre degré également de dorsalgie ainsi que de douleurs sur la face antéro-latérale du muscle deltoïde ainsi que le long du long chef du biceps. Cette symptomatologie douloureuse était accompagnée d'un manque de force de la main gauche, ainsi que de paresthésies diffuses sur l'avant-bras et la main gauche, sans respect des territoires nerveux. Ces douleurs étaient constantes, accentuées par toute mobilisation active du MSG, et persistent des fois la nuit. La patiente souffrait également de maux de tête modérés mais répétitifs qui étaient soulagés par du Panadol.

Les médecins posent le diagnostic de douleurs musculaires sur contracture de la musculature scapulo-thoracique gauche. Ce diagnostic, posé par le centre multidisciplinaire de la douleur, était le plus probable. L'examen clinique ainsi que les examens radiologiques dans les limites de la norme permettaient d'exclure une pathologie gléno-humérale. L'examen ENMG, ainsi que les radiologies de la colonne cervicale et dorsale permettaient d'exclure une compression des structures nerveuses. La palpation douloureuse de la musculature scapulo-thoracique gauche, ainsi que la présence d'une légère contracture du muscle trapèze parlaient en faveur d'une symptomatologie douloureuse purement musculaire. Cette contracture musculaire était probablement due à une déchirure traumatique de ces muscles lors de la chute sur le dos avec probablement un faux-mouvement du MSG, avec cicatrisation respectivement induration des muscles concernés.

L'apparition subite et la persistance des douleurs périscapulaires gauches étaient liées à l'événement du 3 décembre 2002. L'assurée souffrait actuellement de douleurs trop importantes pour reprendre son travail comme aide-infirmière ou/et concierge d'immeuble à 100%. Vu que c'est l'épaule non dominante qui était atteinte et que l'épaule droite dominante avait une fonction complètement normale, une activité excluant le port de charge de plus de 5 kilos était à priori envisageable. Ceci correspondait donc à une incapacité de travail que l'on pouvait estimer à 50%. L'assurée n'avait pas encore bénéficié de tous les traitements conservateurs qui pouvaient être utiles pour des patients souffrant de douleurs musculaires (bains chauds vs fango, cryothérapie, entraînement autogène, massages, voire médecine alternative (acuponcture et relaxation musculaire selon Jakobson), ainsi qu'un traitement médicamenteux avec des antidépresseurs à faible dose. Par ces mesures conservatrices, la symptomatologie douloureuse pouvait être atténuée et l'assurée pourrait éventuellement reprendre une activité professionnelle adaptée.

31. Par décision du 20 juillet 2005, l'assureur a annulé la décision du 10 août 2004 et pris en charge le cas pour une incapacité de travail à 50%. Il a informé l'assurée qu'une expertise médicale sera organisée à moyen terme pour observer l'amélioration prévue par les experts suite aux mesures conservatrices indiquées.

32. Les 25 juillet et 26 août 2005, le Dr C_____ a attesté de la persistance des douleurs.

33. Le 29 août 2005, le Dr B_____ a mentionné une aggravation des douleurs et une diminution de la mobilité de l'épaule gauche.

34. La Régie Y_____ a résilié le contrat de travail de l'assurée pour le 31 août 2005.

35. Le 1er septembre 2005, le Dr E_____ a relevé que la patiente soufrait d'une névralgie faciale, acouphènes, cervicalgies et des douleurs post-opératoires à l'épaule gauche pour lesquelles elle avait déjà consulté en mai 2004 sans aucun signe lésionnel radiculaire à l'ENMG. A l'heure actuelle, les douleurs étaient concentrées près de l'oreille, aggravées par la mastication et plus diffuses dans la région du cou et de l'épaule. Il proposait dans un premier temps, de considérer que la douleur venait de l'articulation temporo-mandibulaire gauche et une approche par acuponcture.

36. Le 12 septembre 2005, l'assurée, représentée par la CAP, a requis de l'assureur le versement d'indemnités journalières à 100% depuis le 1er juillet 2004.

37. A la demande de l'assureur, le Dr K_____ a précisé le 20 décembre 2005 que l'assurée avait une incapacité de travail de 50% dès le 7 avril 2005.

38. Le 23 janvier 2006, le Dr B_____ a attesté d'un syndrome d'algodystrophie de l'articulation maxillo-mandibulaire depuis octobre 2005 et le 20 février 2006, il a attesté de la présence d'un état dépressif et du fait que l'assurée ne pouvait pas utiliser ses bras.

39. Le 27 avril 2006, le Dr L_____, FMH chirurgie orthopédique, a rendu, à la demande de l'assureur, une expertise médicale. Il a ordonné une scintigraphie osseuse du 9 mai 2006 laquelle conclut à la présence d'un foyer actif dans la partie gauche maxillaire supérieur dont l'origine pourrait être dentaire, asymétrie de l'activité au niveau des articulations acromio-claviculaires en faveur du côté droit représentant vraisemblablement une modelage arthrosique dégénératif. La patiente souffrait toujours de ses douleurs. Elles étaient présentes dans la région du muscle trapèze, qui était souvent induré, occasionnant des blocages matinaux. Des brûlures étaient parfois ressenties au niveau du trapèze. Il existait aussi des douleurs péri-scapulaires, plutôt sous forme de coups de marteau. Cette symptomatologie était continue, même nocturne. Elle était toujours associée à des douleurs de l'hémiface gauche et à des céphalées. Régulièrement, la patiente disait que son visage était tuméfié. Le bras gauche était enflé en permanence. Les dysesthésies du membre supérieur gauche persistaient. Parfois, le matin, l'assurée avait l'impression d'avoir un membre fantôme. Les douleurs s'aggravent au port de charges, même minimes. Après 45 minutes de repassage, fait avec la main droite, elle devait s'arrêter en

raison de douleurs péri-scapulaires gauches. Elle fait quelques tâches ménagères. Elle annonçait une fatigabilité exagérée.

Il pose les diagnostics de "status 3 ½ ans après contusion cervico-dorsale (et peut-être de l'épaule gauche), status 2 ½ ans après arthroscopie de l'épaule gauche pour traitement d'une lésion capsulo-labrale antérieure, cervico-dorso-scapulo-brachialgies gauches d'origine indéterminée et probable arthrose acromio-claviculaire droite débutante".

Il poursuit en relevant que "l'examen clinique actuel ne révèle pas de signes d'épargne du membre supérieur gauche. Il n'y a non plus pas de contractures musculaires significatives, ni adhérences profondes, ni cordons cicatriciels. En revanche, on objective une très nette hypersensibilité à la pression, dépassant très largement la zone scapulaire gauche (s'étalant vers la zone pectorale et même jusqu'au coude). La mobilité articulaire est également préservée. Il existe, tout au plus, un discret conflit sous-acromial, bilatéral. La coiffe des rotateurs est en continuité. Il n'y a pas de laxité gléno-humérale pathologique. (…) Sur la base de ces éléments, on ne peut que revenir sur la très nette discrépance entre les éléments objectifs, on ne peut plus rassurants et, les éléments subjectifs, présents de manière floride. Ceci laisse songeur, cette discrépance fait clairement craindre la présence de facteurs extra-anatomiques dans l'évolution du cas, la responsabilité de ces facteurs paraissant prépondérante, voire même exclusive. (…) Nous ne pouvons pas exclure un état fibromyalgique chez cette patiente qui présente une très nette hypersensibilité à la pression, la zone douloureuse dépassant très largement les entités anatomiques évoquées jusqu'à maintenant, les trigger-points étant désormais multiples. Le tout, chez une patiente présentant une surcharge psychogène manifeste. D'autre part, on ne peut que s'étonner devant le diagnostic de "status après déchirure traumatique des muscles concernés, avec cicatrisation respectivement indurations résiduelles". De tels éléments n'ont pas été mis en évidence chez cette patiente. D'autre part, si l'événement du 3 décembre avait bel et bien provoqué des déchirures musculaires significatives, au point de créer des indurations/cicatrisations douloureuses, on aurait certainement objectivé un ou plusieurs hématomes régionaux, dans les suites du traumatisme. Ceci ne fut pas le cas. Également, si on part de l'idée que l'événement en question a produit des déchirures musculaires mineurs, ces dernières ont eu largement le temps de se cicatriser. Généralement, de telles lésions mineures ne laissent pas de séquelles significatives. En d'autres termes, le tableau actuel de cette patiente est dominé par une par une multitude d'éléments de non organicité (importante hypersensibilité au toucher, dysesthésies chroniques sans substrat neurologique, impression de membre fantôme ou d'enflure permanente du même membre), qui semblent à l'écart des éléments anatomopathologiques connus. Aussi, une autre raison qu'orthopédique (mais aussi neurologique) doit être recherchée pour rendre comptes des plaintes alléguées. Pour les seules suites de l'événement du 3 décembre 2002 (contusion dorso-lombaire et peut-être de l'épaule gauche), le status quo ante aurait dû être

considéré comme retrouvé, à l'issu d'une période maximale de 3 mois. Si on admet, à l'extrême limite, une relation causale entre ledit événement et l'arthroscopie du 2 décembre 2003, intervention qui n'a pas laissé de séquelle objectivable, alors le status quo ante aurait dû être considéré comme atteint à l'issu d'un délai post-opératoire maximal de 6 mois. Au-delà, l'évolution de cette patiente a très certainement été régie par les facteurs extra-anatomiques précités, indépendants de l'événement du 3 décembre 2002". Enfin, la capacité de travail était entière, en relation avec l'accident depuis juillet 2004.

40. Par courrier du 12 juin 2006, l'assureur a informé l'assurée qu'il n'intervenait plus en sa faveur depuis le 27 avril 2006.

41. Le 30 juin 2006, l'assurée a relevé que l'avis du Dr L_____ était contradictoire avec celui des Drs H_____ et K_____ et demandait à ce que ceux-ci se prononcent sur l'expertise du Dr L_____.

42. Le 4 juillet 2006, l'assureur a autorisé l'assurée à soumettre l'expertise du Dr L_____ aux Drs H_____ et K_____.

43. Le 28 août 2006, les Drs H_____ et K_____ se sont déterminé sur l'expertise du Dr L_____ en critiquant les points suivants :

    1) **Le Dr L_____ écrit : "si l'événement du 3 décembre 2003 a bel et bien provoqué des déchirures musculaires significatives, au point de créer des indurations ou cicatrisations douloureuses, on aurait certainement objectivé un ou plusieurs hématomes régionaux dans les suites du traumatisme. Ceci n'a pas été le cas".**

       Le Dr L_____ confond le terme hématome avec le terme pétéchies : des hématomes sous-cutanés, qui conduisent à une coloration cutanée facilement visible, sont dus à des contusions de ce tissu sous-cutané ce qui provoque un saignement. Par contre, une déchirure musculaire, même s'il s'agit d'une déchirure importante, ne doit absolument pas être associée à un hématome sous-cutané. Ceci surtout quand le fascia musculaire est resté intact, comme c'est le cas dans la plupart des déchirures musculaires traumatiques.

    2) **Le Dr L_____ décrit que lors de l'examen clinique, "il n'y a pas de cordon cicatriciel lors de palpation musculaire".**

       Personnellement, j'ai des doutes quant au fait que des cicatrices musculaires percées puissent être palpées à la peau vu que ces

cicatrices intramusculaires sont certainement à plusieurs centimètres de la surface cutanée et entourées du muscle sain.

3) Le Dr L_____ décrit que lors de l'examen clinique, "on ne relève pas de contractures musculaires régionales, de collection ni d'induration pathologique régionale".

Le Dr L_____ ne retrouve donc pas, dans son examen clinique, la contracture musculaire du muscle trapèze gauche qui a été trouvée lors de mon expertise du 11 juillet 2006 ainsi que lors de l'examen clinique qui a été effectué par les Drs M_____ N_____, O_____ et P_____ du 23 février 2005 et 7 mars 2005.

44. Le Dr. Q_____, psychiatre FMH au SERVICE MEDICAL REGIONAL (SMR), a rendu un rapport médical le 31 août 2006. Il diagnostique un trouble somatoforme indifférencié F45.1 sans répercussion sur la capacité de travail. Il s'agit pour lui d'une forme diminuée du syndrome douloureux somatoforme persistant.

45. Le 8 septembre 2006, l'assurée a transmis à l'assureur les observations des Drs H_____ et K_____ et requis des indemnités journalières à 100% du 1er juillet 2004 au 7 avril 2005 puis à 50% ou à défaut, de statuer dès cette date sur son droit à une rente d'invalidité.

46. Le 17 octobre 2006, le Dr L_____ a rendu un complément d'expertise. Il relève que lorsqu'une déchirure musculaire significative, d'importance moyenne ou grande, se produit suite à un choc direct ou lors d'une contraction exagérée du corps musculaire (claquage), elle est suivie par la formation d'un hématome. La déchirure de certains muscles ne s'accompagne pas toujours de la déchirure du fascia mais lorsque l'hématome est important, il est palpable et sa région électivement douloureuse. Dans d'autres muscles, le fascia se déchire en même temps que le muscle sous-jacent. Lorsque la cicatrice d'une déchirure musculaire est majeure, elle se présente comme un cordon cicatriciel douloureux ou un cratère sous-cutané. Si elle est mineure, elle est sans répercussion clinique. Si l'on partait de l'idée que l'assurée présentait une déchirure musculaire profonde, l'hématome ne pouvait effectivement être visible à l'examen clinique mais il aurait dû produire une clinique douloureuse élective rapide, ce qui n'avait pas été le cas, les douleurs ayant été diffuses d'emblée. Puisque cette déchirure était considérée comme importante, elle devait s'accompagner d'une symptomatologie douloureuse lors de la contraction du muscle lésé, ce qui n'était pas le cas ou un signal pathologique à la palpation. Or, l'hypersensibilité à la pression de la musculature para-vertébrale cervico-dorsale gauche et péri-scapulaire gauche était trop diffuse pour relever des séquelles d'une déchirure musculaire significative. Il ne pouvait y avoir de cicatrice musculaire

douloureuse, d'importance moyenne ou grave, les petites cicatrices ne laissant à priori pas de clinique résiduelle, clairement pas aussi bruyante que celle observée chez l'assurée. En réalité, le tableau clinique de l'assurée était dominé par une multitude d'éléments de non-organicité. L'importante hypersensibilité au toucher, l'extension de la symptomatologie au-delà de la zone contusionnée, ainsi que les dysesthésies chroniques sans substrat neurologique du membre supérieur et l'impression d'un membre fantôme ou d'enflure permanente, étaient des éléments subjectifs qui semblaient à l'écart des éléments anatomo-pathologiques connus. Elles n'étaient certainement pas explicables par une éventuelle lésion musculaire isolée. En revanche, ce tableau clinique pouvait très bien relever d'une participation prépondérante, voire exclusive, de facteurs extra-anatomiques, particulièrement chez une patiente souffrant d'une dépression chronique. D'autre part, la présence d'une contracture musculaire intermittente du muscle trapèze gauche pourrait être expliqué par une pathologie dégénérative du rachis cervical, éventuellement par une dysfonction chronique de l'épaule. Dans un cas ou dans l'autre, la relation causale avec l'événement qui ne pouvait clairement pas être retenue. En d'autres termes, il n'avait pas été possible de mettre en relation les évidences cliniques (évidence based medicine), relatives à l'événement du 3 décembre 2002, on ne pouvait plus rassurantes chez l'assurée, et les éléments subjectifs présents, eux, de manière floride.

47. Par décision du 27 octobre 2006, l'assureur a mis fin à ses prestations au 27 avril 2006 en se fondant sur l'avis du Dr L_____ et maintenu le droit de l'assurée à une IPAI de 5%.

48. Le 29 novembre 2006, l'assurée a fait opposition à cette décision en se référant à l'avis des Drs H_____ et K_____.

49. Par projet de décision du 13 novembre 2006, l'OCAI a rejeté la demande de prestations en relevant qu'après analyse des éléments médicaux du dossier, le SMR était d'avis qu'elle ne présentait aucune atteinte à la santé invalidante au sens de la loi sur l'assurance-invalidité, ni sur le plan somatique, ni sur le plan psychique. Hormis pour une période d'incapacité de travail totale admise du 1er décembre 2003 au 1er juillet 2004, la capacité de travail exigible était de 100% dans les activités habituelles d'aide-soignante et de concierge.

50. Le 11 décembre 2006, l'assureur a informé l'OCAI qu'une incapacité de travail complète devait être reconnue jusqu'au 27 avril 2006.

51. Par communication du 30 janvier 2007, l'OCAI a ordonné un examen médical de l'assurée auprès du SMR.

52. A la demande de l'assurée, les Drs H_____ et K_____ se sont prononcés sur le complément d'expertise du Dr L_____ le 1er décembre 2006. Ils relèvent que la symptomatologie de l'épaule gauche n'est pas due à un

dysfonctionnement de la colonne cervicale vu que l'examen clinique montre une mobilité de la colonne cervicale normale et indolore. Les radiographies ne montrent pas de signe dégénératifs important et l'ENMG effectué par le Dr E_____ permet d'exclure une lésion radiculaire du membre supérieur gauche. Ils avaient des doutes quant au fait que des cicatrices musculaires percées puissent être palpées à la peau vu que ces cicatrices intramusculaires sont entourées de plusieurs centimètres du muscle sain et du tissu adipeux sous-cutané. C'est l'un des principes de base en sémiologie d'orthopédie et de rhumatologie d'une atteinte du système musculo-squelettal précisément localisé peut provoquer un dysfonctionnement et donc des douleurs localisées dans les régions corporelles avoisinantes. Ainsi, on peut très bien imaginer qu'une éventuelle déchirure musculaire du muscle trapèze puisse être responsable d'un dysfonctionnement musculaire de la ceinture scapulo-thoracique avec provocation des cervico-scapulo-brachialgies.

53. Le 15 décembre 2006, le Dr B_____ a attesté que les plaintes actuelles de la patiente étaient essentiellement une impossibilité d'utiliser le membre supérieur gauche et dans une moindre mesure le droit en raison d'une atteinte cervicale importante, une déchirure capsulaire de l'épaule gauche opérée le 2 décembre 2003, une lésion du nerf sous-scapulaire gauche et une tendinite chronique de l'épaule gauche et une périarthrite scapulo-humérale droite. Il existait une limitation de la mobilité de MSG mais aussi du droit et de la colonne lombaire et des jambes. Aucune amélioration n'était possible et il ne voyait pas quelle activité l'assurée pouvait exercer. Il appuyait les conclusions du Dr H_____.

54. Par décision du 19 décembre 2006, l'assureur a rejeté l'opposition en relevant que les Drs H_____ et K_____ n'apportaient pas d'élément concrets quant à la question litigieuse de la causalité et de la capacité de travail de l'assurée, se limitant à discuter et contester le diagnostic retenu par le Dr L_____, lequel avait rendu une expertise convaincante dont les conclusions et qui confirmait celle du Dr F_____ et les rapports d'examen médicaux.

55. Le 22 décembre 2006, l'assureur a alloué à l'assurée une IPAI de 5'340 frs.

56. Le 16 avril 2007, l'assurée a recouru à l'encontre de la décision sur opposition du 19 décembre 2006 auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales en concluant à son annulation et à la prise en charge par l'assureur des frais de traitement suite à l'accident du 3 décembre 2002 ainsi qu'au paiement d'indemnités journalières à 100% dès le 1er juillet 2004 et à 50% dès le 7 avril 2005 et à une IPAI complémentaire.

    Préalablement, elle requiert la mise sur pied d'une expertise. Elle conteste la valeur probante de l'expertise du Dr L_____, laquelle était en contradiction avec les rapports des Drs B_____, C_____ et les experts H_____,

lequel était extrêmement spécialisé dans la problématique en cours et K_____.

Le lien de causalité naturelle avait d'ailleurs été admis par les experts H_____ et K_____ entre l'état somatique et l'accident, avis confirmé par les Drs C_____, G_____S et B_____.

57. Le 24 mai 2007, l'assureur a conclu au rejet du recours en relevant que les expertises des Drs F_____ et L_____ avaient pleine valeur probante. Les Drs H_____ et K_____ ne contestaient pas les réponses apportées par le Dr L_____ tant en ce qui concernait le causalité naturelle que la capacité de travail. Ils ne formulaient pas de remarques portant sur la discussion de l'expertise. Par ailleurs, la recourante souffrait, selon le Dr B_____, depuis 1998 de douleurs à l'épaule gauche, ce que les Drs H_____ et K_____ n'avaient, à tort, pas pris en compte. Leurs conclusions étaient dictées par le principe "post hoc ergo propter hoc" qui n'avait aucune valeur probante. La causalité adéquate n'était de toute façon pas donnée pour une atteinte qui perdurait plusieurs années après l'accident.

Enfin, elle n'avait droit à aucune IPAI complémentaire.

58. A la demande du Tribunal de céans, l'OCAI a transmis copie du rapport de l'examen rhumatologique du SMR du 27 février 2007, effectué par le Dr. R_____, médecine interne et rhumatologie FMH. Ce médecin pose les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail suivants : lombocruralgies droites intermittentes dans le cadre de troubles statiques modérés du rachis et de troubles dégénératifs lombaires avec spondylolisthésis de degré I de L5-S1 sur spondylolse isthmique D et arthrose facettaire L5-S1 gauche M 54.4 et sans répercussion sur la capacité de travail : cervico-scapulo-brachialgies gauche dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs modérés du rachis avec status après suture par voie arthroscopique d'une déchirure capsulaire partielle du bourrelet glénoïdien antérieur de l'épaule gauche.

"Au vu de ces diagnostics, la capacité de travail est de 80% dans l'activité habituelle d'aide hospitalière et de concierge de deux immeubles. Effectivement, c'est surtout des douleurs cervico-scapulo-brachiales gauche, dont l'assurée se plaint. Or, les examens radiologiques ne mettent en évidence à ce niveau que des troubles dégénératifs modérés du rachis cervical. Les radiographies postopératoire des épaules sont par ailleurs tout à fait normales. Ainsi, ces douleurs n'ont pas réellement de substrat organique et d'ailleurs au status, on ne note aucune contracture de la région cervicale, scapulaire ou du bras gauche, mais par contre des douleurs à la palpation des divers points et insertions musculaires chez une assurée démonstrative et qui nous semble par ailleurs peu authentique. D'ailleurs, l'examen psychiatrique du Dr Q_____ a confirmé la présence d'un trouble

somatoforme indifférencié non invalidant. Par ailleurs, les troubles statiques et dégénératifs du rachis lombaire avec spondylolisthésis de L5-S1 sur spondylolse isthmique droite et arthrose facettaire L5-S1 gauche ne s'accompagnant que d'une symptomatologie modérée et intermittente, elle conduit à une incapacité de travail de 20% dans l'activité habituelle de l'assurée". Il y a une incapacité de travail de 100% comme concierge et aide hospitalière du 1er décembre 2003 au 1er juillet 2004. Depuis cette dernière date, la capacité de travail est complète, même dans l'activité habituelle de concierge ou d'aide hospitalière. A partir de septembre 2006, date de l'apparition des cruralgies postérieures droites intermittentes, la capacité de travail est de 80% dans l'activité habituelle de concierge ou d'aide hospitalière. Par contre, dans une activité strictement adaptée, la capacité de travail a toujours été complète depuis le 1er juillet 2004.

59. A la demande du Tribunal de céans, les Drs H_____ et K_____ ont précisé leur rapport d'expertise le 14 juin 2007. Ils relèvent qu'il est fâcheux qu'ils n'aient pas eu connaissance des informations fournies par le Dr B_____ dans son courrier du 6 janvier 2005. Ils mettent en doute le diagnostic de capsulite rétractile de l'épaule gauche évoqué par le Dr B_____. Cependant, la nouvelle notion de douleurs chroniques de l'épaule gauche préexistante à l'accident pouvait changer totalement l'appréciation du lien de causalité avec l'accident. Seul le Dr B_____ qui suivait régulièrement la patiente depuis 1995 pouvait fournir les informations clés et choisir ensuite les deux scénarios suivants : "la symptomatologie douloureuse avant l'accident du 3 décembre 2002 est restée la même en post-traumatique. Dans ce cas, elle est la même qu'il y a 10 ans et la chute de décembre 2002 n'a pas eu un impact important dans l'évolution des douleurs chroniques et dans la vie de la patiente. Par contre, si le Dr B_____ a trouvé, après cette chute de décembre 2002, l'apparition de nouveaux symptômes lors de ses examens répétitifs de l'épaule gauche, il faut en déduire qu'au moins une partie de la symptomatologie actuelle et invalidante est causée par cet événement du 3 décembre 2002".

60. Par décision du 26 juin 2007, l'OCAI a refusé à la recourante tout droit à une rente et à une mesure de reclassement en se fondant sur l'avis du SMR du 27 février 2007. Il résultait d'une capacité de travail de 80 % une invalidité de 20 %, laquelle donnait droit à une aide au placement sur demande de l'intéressée.

61. Le 3 juillet 2007, l'intimée a relevé que le rapport du SMR admettait une capacité de travail complète depuis le 1er juillet 2004 dans une activité adaptée et que l'OCAI avait refusé un droit à la rente et au reclassement à la recourante par décision du 26 juin 2007. L'invalidité de 20 % se fondait sur l'apparition de cruralgies postérieures droites intermittentes qui n'étaient pas en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 3 décembre 2002.

62. Le 4 juillet 2007, le Dr B_____, sur questions du Tribunal de céans, a précisé qu'il avait lui-même posé le diagnostic de capsulite de l'épaule gauche lors de la consultation du 5 octobre 1998. L'état de la patiente s'était amélioré spontanément, de sorte qu'elle n'avait pas pris le traitement de voltarène prescrit. Depuis lors et durant quatorze consultations jusqu'au 9 avril 2001, elle ne s'était plus jamais plainte de douleurs à l'épaule gauche. Le 9 avril 2001, elle avait consulté en raison de cervicalgies irradiant à l'épaule gauche et un traitement anti-inflammatoire avait été prescrit. Elle avait repris le travail le 11 avril 2001, les douleurs ayant disparues. Le 31 octobre 2001, elle avait à nouveau consulté pour des douleurs à la colonne dorsale et cervicale irradiant au MSG. Les dorsalgies persistaient le 5 novembre 2001. Le 29 novembre 2001, le Dr D_____ n'avait pas relevé de symptôme ni de signe au niveau de l'épaule gauche, selon un rapport de ce médecin du 30 novembre 2001. Le 13 novembre 2002, elle avait consulté pour d'importants vertiges. Depuis l'accident du 3 décembre 2002, elle n'avait cessé de se plaindre des douleurs et d'une limitation de la mobilité de l'épaule gauche à son avis dues à l'accident. Celui-ci avait joué un rôle prépondérant sur les douleurs de l'épaule gauche alors que les douleurs précédentes étaient insignifiantes par rapport à la qualité de douleurs que la patiente a ressenti ultérieurement.

    Il a joint le rapport précité du Dr D_____ selon lequel ce médecin avait reçu la patiente en raison de brachialgies gauches et des paresthésies sans territoire radiculaire ni tronculaire précis dans un contexte de douleurs dorsales généralisées. L'ENMG du membre supérieur gauche était normal mais une atteinte plexulaire et /ou radiculaire uniquement irritative était possible.

63. Le 30 juillet 2007, l'intimée a relevé que le Dr B_____ se contredisait en affirmant que les douleurs à l'épaule avaient perduré depuis octobre 1998 et que la recourante ne s'était plus plainte de son épaule entre octobre 1998 et 2001. Elle avait été en arrêt de travail en raison de ces douleurs du 15 au 26 novembre 2001. Le 31 octobre 2002, elle avait à nouveau consulté le Dr B_____ pour des douleurs à l'épaule gauche. Le Dr B_____ ne mentionnait par ailleurs pas de nouveaux symptômes après l'accident. En conséquence, il convenait d'admettre une capacité de travail de 100 % dès juillet 2004, sur la base des avis du Dr L_____ et du SMR.

64. Le 7 juillet 2007, la recourante a relevé que le Dr H_____ avait confirmé son diagnostic le 14 juin 2007, nonobstant l'existence de douleurs à l'épaule avant l'accident. Au surplus, sa conclusion d'une capacité de travail à 50 % restait valable. Par ailleurs, le Dr H_____ conteste le diagnostic de capsulite rétractile de l'épaule gauche posé par le Dr B_____ dès lors que la fonction de l'épaule ne s'était pas normalisée dans les deux à trois ans. Le Dr D_____ n'avait relevé aucune pathologie en 2001 et le Dr C_____ avait trouvé une déchirure capsulaire partielle du bourrelet glénoïdien antérieur de l'épaule mais pas

de signes d'une capsulite rétractile. L'accident avait provoqué une nette exacerbation des douleurs et une limitation de la mobilité et le Dr B_____ avait maintenu l'existence d'un lien de causalité naturelle avec l'accident.

65. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La décision sur opposition ayant été rendue antérieurement au 1er janvier 2007, l'art. 106 aLAA s'applique et le délai de recours est de trois mois. Interjeté le 16 avril 2007 à l'encontre de la décision notifiée pendant les féries judiciaires du 18 décembre au 1er janvier (art. 38 al. 4 LPGA et 89 C LPA), le recours est recevable, compte tenu également de la suspension du délai de recours entre le 1er et le 15 avril 2007.

3. Le litige porte sur la question de savoir si l'intimée était fondée à mettre un terme aux prestations LAA au 27 avril 2006 ainsi que sur le bien fondé d'une IPAI de 5 %.

4. a) Il convient en premier lieu d'examiner la question du lien de causalité entre l'accident et l'atteinte à la santé dont souffre encore la recourante. Les notions de causalité naturelle ou adéquate n'ont pas été modifiées par l'entrée en vigueur de la LPGA et l'existence d'un rapport qualifié entre accident assuré et atteintes à la santé doit toujours être établi pour ouvrir droit aux prestations de l'assurance-accidents (cf. art. 6 al. 1 LAA; arrêt non publié N. du 13 février 2006, U 462/04, consid. 1.1 et les références).

   b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose 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. Que des facteurs indépendants de l'accident amplifient les douleurs ne suffit pas à nier le lien de cause à conséquence entre l'événement en question et les troubles invoqués. Il n'est

en effet pas nécessaire, selon la jurisprudence que l'accident soit la cause unique de l'atteinte à la santé. Une causalité partielle suffit pour admettre l'existence d'un tel lien de causalité (ATF 117 V 360 consid. 4b in fine; RAMA 1996 n° U 264 p. 287s. consid. 3a).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liées 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 129 V 181 consid. 3.1, 406 consid. 4.3.1, ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

c) La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 181 consid. 3.2, 405 consid. 2.2, ATF 125 V 461 consid. 5a et les références). Parce que la question de la causalité adéquate relève du droit et non des faits, elle ne saurait être examinée à l'aune de la règle du degré de vraisemblance prépondérante applicable à l'établissement des faits en matière d'assurances sociales (cf. ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références).

d) Selon la jurisprudence, lorsque l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un état maladif préexistant, le devoir de l'assurance-accident de verser ses prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, c'est-à-dire lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine; RAMA 1992 no U 142 p. 75, consid. 4b).

En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante/sine) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve incombe à la partie qui invoque la suppression du droit c'est-à-dire à l'assureur (RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2 et la référence). Cette règle n'entre cependant en considération que s'il n'est pas possible, dans les limites du principe

inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 264 consid. 3b et les références).

Cela ne signifie pas que l'assureur doit apporter la preuve de la disparition du lien de causalité naturelle en prouvant des facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (ATFA U 451/05 du 25 octobre 2006 consid. 2; U 359/04, du 20 décembre 2005 consid. 2; U 389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1; U 222/04 du 30 novembre 2004 consid. 1.3 et les références).

C'est encore le lieu de rappeler que, selon la jurisprudence, le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; cf. ATF 119 V 341 sv. consid. 2b/bb; RAMA 1999 no U 341 p. 408 sv. consid. 3b; arrêt A. du 31 juillet 2001 [U 492/00] consid. 3c).

5. a) En l'espèce, figurent au dossier une expertise du Dr L_____ du 27 avril 2006 ainsi que son complément du 17 octobre 2006 selon lesquelles les plaintes alléguées ne sont plus en relation avec l'accident à l'issue d'un délai de six mois après l'arthroscopie du 2 décembre 2003. En particulier, le Dr L_____ relève une très nette discrépance entre les éléments objectifs, rassurants, et les éléments subjectifs présents de manière floride, qui faisait craindre l'existence de facteurs extra- anatomiques prépondérants, en tous les cas après le délai de six mois précité postopératoire. Cette expertise, fouillée et précise remplit les exigences jurisprudentielles pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante.

b) La recourante estime que l'avis des Drs H_____ et K_____ (du 11 juillet 2005, complété le 28 août 2006, le 1er décembre 2006 et le 14 juin 2007) ainsi que ceux des Drs C_____ et B_____ sont de nature à remettre en question les conclusions du Dr L_____. Il convient d'examiner si ces rapports médicaux permettent de contester de façon convaincante les conclusions de l'expertise du Dr L_____.

Dans leur expertise du 11 juillet 2005, les Drs H_____ et K_____ ont retenu comme diagnostic le plus probable celui de cervico-scapulo-brachialgie gauche lié à une contracture musculaire diffuse, laquelle était probablement due à la chute sur le dos avec un faux mouvement du membre supérieur gauche puis cicatrisation et induration des muscles concernés. Constatant que la recourante était asymptomatique au niveau de l'épaule gauche avant l'accident, ils en concluent que les douleurs apparues subitement sont liées à l'événement du 3 décembre 2002.

Outre le fait que cette conclusion semble plutôt dictée par le principe "post hoc ergo propter hoc" auquel le Tribunal fédéral n'accorde aucune valeur probante (ATF 119 V 341), elle a été remise en question par les experts eux-mêmes dans leur avis complémentaire du 14 juin 2007. A cette occasion, ils ont mentionné que les douleurs récidivantes depuis 1997 décrites par le Dr B_____ ne pouvaient relever d'une capsulite rétractile de l'épaule gauche. Ils ont confirmé le diagnostic de cervico-scapulo-brachialgie gauche lié à une contracture du muscle trapèze mais précisé qu'en raison des douleurs préexistantes à l'accident, les plaintes actuelles n'étaient pas forcément liées à ce dernier. Seulement si de nouveaux symptômes à l'épaule étaient apparus après l'accident, une causalité entre au moins une partie de la symptomatologie actuelle et l'accident pourrait être admise, ce que le Dr B_____ n'a pas véritablement confirmé dans son avis du 14 juillet 2007 lequel évoque uniquement une augmentation des douleurs depuis l'accident. Dans ces circonstances, on ne saurait admettre que les Drs H_____ et K_____ ont réaffirmé le lien de causalité, au degré de la vraisemblance prépondérante, entre l'accident et les lésions en cause.

S'agissant du Dr B_____, il a mentionné que des douleurs récidivantes au niveau de l'épaule gauche étaient apparues en octobre 1998 et avaient perduré, en 2001 elles avaient entraîné deux arrêts de travail et en 2002 la recourante avait souffert d'une récidive (avis du 6 janvier 2005); le 15 décembre 2006, il a estimé que la recourante ne pouvait exercer aucune activité et a appuyé les conclusions du Dr H_____ et le 4 juillet 2007 il a relevé que depuis l'accident la recourante n'avait cessé de se plaindre de ses douleurs et d'une limitation de la mobilité de l'épaule gauche, les douleurs de l'épaule avant l'accident étant insignifiantes par rapport aux douleurs subséquentes, ce qui, à son avis, permettait de considérer que les plaintes actuelles étaient en lien avec l'accident.

Cet avis, sommairement motivé et qui émane du médecin-traitant de la recourante, lequel n'est pas un spécialiste en orthopédie ou rhumatologie - ne conteste pas valablement les constatations et conclusions du Dr L_____.

Enfin, le Dr C_____ ne s'est pas précisément prononcé sur le lien de causalité naturelle entre les lésions à l'épaule de la recourante et l'accident. En effet, il constate le 29 septembre 2003 une vraisemblable lésion partielle du bourrelet glénoïdien antérieur avec lésion partielle de la coiffe de l'épaule gauche ayant justifié une arthroscopie le 2 décembre 2003, puis il relève une persistance des douleurs (le 10 mars 2004), sous forme de périarthrite scapulo-humérale (le 8 septembre 2004) ainsi qu'une incapacité de travail dans toute activité (le 30 novembre 2004).

c) Ces différents avis médicaux des Drs H_____, K_____, B_____ et C_____ ne sont ainsi pas en mesure de remettre en cause de façon convaincante la conclusion de l'expertise du Dr L_____, laquelle

admet une prise en charge du cas jusqu'au 2 juin 2004, étant par ailleurs rappelé que l'intimée a mis un terme à ses prestations au-delà de cette date, soit le 27 avril 2006.

d) Enfin, la recourante ne conteste, pour les mêmes raisons, pas valablement non plus le taux de l'IPAI retenu par l'intimé à 5 %.

6. Au vu de ce qui précède, le recours ne peut qu'être rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Di que la procédure est gratuite.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente
Nancy BISIN	Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le